



Nome do Convênio			Código
Telefone	Cidade	UF	CEP

Serviços Prestados	Farmacêutico	Hospitalares	Medicina Preventiva	Odontológicos
	Fisio/Fono	Laboratoriais	Médicos	Radiológicos

**Atendimentos realizados no mês de      de      .**  
(Relacionar em ordem de registro)

Registro	Nome do Atendido	Data do Atendimento	Valor R\$

Para uso Exclusivo do Conveniado	Para uso Exclusivo da Fundação Copel
<p>Data //      _____</p> <p>Assinatura – Carimbo (CRF-CRM-CRO-CGC)</p>	<p>Protocolo _____</p> <p>Nº de Atendimentos _____ Valor Informado _____</p> <p>(-) Glosa &gt;&gt;&gt;&gt; Motivo _____</p> <p>+ Dif. Valor &gt;&gt;&gt;&gt; Motivo _____</p> <p>Nº de Atendimentos _____ Total p/ Pagamento _____</p> <p>Data / /      _____</p> <p>Assinatura</p>